Bezirksärztekammer Pfalz
z. Hd. Frau Herder
Maximilianstr. 22
67433 Neustadt

Arztausweis

_____
Titel / Name / Vornamen

geb. am: _____

Straße: _____

PLZ / Ort: _____

Telef./Handy-NR.: _____

Bitte ankreuzen:

- ❒ Erstausstellung eines Arztausweises - es wurde bisher kein Ausweis (auch bei einer anderen Ärztekammer beantragt)
- ❒ Verlängerung des bisherigen Arztausweises (ist nur bei dem blauen in Papierform möglich)
- ❒ Ausstellung eines Arztausweises wegen Ablaufs der Gültigkeit des bisherigen Ausweises / Verlängerung nicht mehr möglich (bitte reichen Sie 1 Passbild im **Format 4 x 5,5cm** und den bisherigen Ausweis mit ein)
- ❒ Ausstellung eines Ersatz-Ausweises wegen Diebstahl / Verlust des bisherigen Arztausweises

  Ich erkläre hiermit, dass

  - ❒ mir mein Ausweis am _____ gestohlen wurde.
  - ❒ mir mein Ausweis am _____ verloren gegangen ist.

Mit meiner Unterschrift versichere ich, dass ich derzeit weder über einen (auch elektronischen) Arztausweis der Ärztekammer Pfalz, noch einen (auch elektronischen) Arztausweis einer anderen Ärztekammer verfüge.

Datum / Unterschrift: _____

Ohne Unterschrift in diesem Feld ist die Erstausstellung eines Arztausweises oder die Neuausstellung wegen Diebstahl oder Verlust nicht möglich.

Anlagen

- ❒ Passfoto
- ❒ Arztausweis